

PROCURAÇÃO

Outorgante	Shewane Souza de Lima		
Estado Civil	solteiro	Profissão	Vendedor
Nacionalidade	Brasileiro	Telefone	68. 99355019
RG	11228016	CPF	015.191.332-35
Endereço/CEP: TV Penapolis 361 Paz			
Cep: 69.919-280 - Rio Branco			

Outorgada: SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA, brasileira, advogada OAB/SC 15.430, com escritório na Rua Wenceslau Spancerski, 350 centro, Orleans, SC, CEP.: 88.870-000. (Fone/Fax 48.3466.43.06)

Poderes: Defender os Direitos do Outorgante, como autor ou réu, em juízo ou fora dele, em qualquer fórum ou instância, podendo dito outorgado, requerer e assinar o que julgar necessário, oferecer todo o gênero de provas e usar de todos os meios e recursos legais, para o que lhes confiro os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "AD-JUDICIA" e os especialmente necessários para, onde com esta se apresentar, mover, variar ou desistir de quaisquer ações, transigir ou renunciar em Juízo ou fora dele; receber quantias e dar quitação; arrematar ou adjudicar em qualquer praça ou leilão, prestar compromisso de inventariante, fazer as respectivas declarações, em qualquer inventário ou arrolamento, substabelecer com ou sem reserva de poderes, em todo ou em parte, a presente procuração em que lhe convier, requerer e praticar perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal o que julgar conveniente à defesa dos meus direitos e interesses, podendo receber valores oriundos de Ação Previdenciária.

Poderes Especiais: REPRESENTAR SEUS INTERESSES NOS AUTOS DE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), INCLUSIVE, PODERES PARA REPRESENTÁ-LO EM AUDIÊNCIA, SUBSTABELECER, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, acima qualificado(a), **DECLARO** para os devidos fins e efeitos legais, que sou pessoa pobre segundo o que prescreve a Lei 1060/50, e não possuo recursos para custear processo judicial, sem prejuízo do sustento próprio e/ou de minha família.

Rio Branco /AC, 19 de Dezembro de 2016.

OUTORGANTE/DECLARANTE Shewane Souza de Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME GHEWANK SOUZA DE LIMA			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 11228016 SSP AC		
	CNPJ 015.491.332-35	DATA NASCIMENTO 06/07/1993	
	FILIAÇÃO NONATO RUFINO DE LIMA		
	MARTA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA		
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. A
Nº REGISTRO 05990101757	VALIDEZ 27/01/2017	Pº HABILITAÇÃO 03/02/2014	
RESERVAÇÕES			
Assinatura do Portador			
LOCAL ELO BRANCO - ACRE			
Data Emissão 05/06/2015		80048881251 AC406230919	
Diretor Geral ACRE			
DET-RN - AC (ACRE)			

Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
52792-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 000193524

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2016	01/12/2016	30	14,87

MARIA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA
TV PENAPOLIS 361 PAZ
CPF: 00099362759268
CEP: 69.919-280 - RIO BRANCO

ROT: 13.001.13.02.001830

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	555	Atual:	24/11/2016
Anterior:	555	Anterior:	25/10/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/12/2016
Consumo Medido:	0	Emissão:	24/11/2016
Consumo Faturado:	30 FCAM	Apresentação:	24/11/2016

Forma de Faturamento: MINIMO Fator de Potência: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7042883		1.1.1.1	0

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/16	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,495744 = 14,87
SET/16	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,35
AGO/16	0		
JUL/16	0		
JUN/16	0		
MAI/16	0		
ABR/16	0		
MAR/16	0		
FEV/16	0		
JAN/16	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - 0,495270			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/12/2016, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERCA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 5.124,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

* (FATURADO PELO MINIMO, SEM MEDIDOR NO LOCAL)
A COBRANÇA DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO. SOLICITE, EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKU NGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS.

RESERVADO AO FISCO 8E28 4C9A E36E 15D4 7E51 52DE 1A9D 2160

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,23	Base de Cálculo:	
Energia:	3,37	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	0,11	Valor do ICMS:	
Encargos:	2,55	Valor do PIS:	0,11
Tributos:	0,61	Valor do COFINS:	0,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	6,27	12,54	25,08	3,86	7,72	15,45	3,71	
Realizado	0,48			1,00			0,48	
Conjunto	TANGARA						Período de apuração:	09/2016
							EUSD:	8,50

ROT: 13.001.13.02.001830

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal: 000193524 FCAM

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
52792-0	14,87
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2016	01/12/2016

83650000000 2 14870045000 7 00000000052 1 79201116008 4



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por SHEWANE Souza de Lima.
para fins de ajuizamento de ação de cobrança de seguro obrigatório (DPVAT) contra **SEGURADORA LÍDER CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, na pessoa do Dr. **JOSÉ FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC 3504, com endereço profissional na Rua das Palmeiras, n.º 119, Bairro Bela Vista, Floresta, Rio Branco/AC, CEP 69.900-779.

Orleans/SC, 08 de novembro de 2017.



SILVIA BERNARDO VIERA

OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Sheuane Souza de Lima, brasileiro(a)
(a), _____,
CPF 035.393.332-35, residente e domiciliado(a)
na TV Penapolis, n.º 361, bairro Paz, RIO
BRANCO/AC, declara a quem de direito possa interessar que é a
pessoa pobre e que não possui condições de arcar com as custas
processuais e honorários advocatícios de qualquer demanda judicial
sem que haja prejuízo do sustento próprio e de sua família, pelo que
requer lhe seja concedida a gratuidade judiciária, nos termos da lei
vigente.

RIO BRANCO, AC, 19 de Dezembro de 2016.

Sheuane Souza de Lima

DECLARANTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 206473 Série 00004-AC



Shewane Souza de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Shewane Souza de Lima

Loc. Nasc. Rio Branco Est. AC Data 06/07/93

Filiação Nivaldo Rufino de Lima

Maria dos Graças Lima de Souza

Doc. Nº RG 1322809-6 SISP/AC

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 07/05/2010 SRTE Sine/AC

Marinete Viana

Resp. Pela Exp. GTEB SINE/AC

12

CONTRATO DE TRABALHO
07.356.833/0001 - 39

Empregador **ENGENHACRE LTDA**
Rua do Aviário, nº 845 Sala 02-5 - Aviário
CNPJ/MF CEP: 69.909-170
Rua **Rio Branco** Nº **Acra**
Município **Acra** Est. **Acra**
Esp. do estabelecimento **Comercial**
Cargo **MEJOR APRENDIZ**
CBO nº **252340**
Data admissão **03** de **MAIO** de **2010**
Registro nº Fls./Ficha **291**
Remuneração especificada **R\$ 2,33 (dois reais e trinta e três centavos) hora**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Cristiane Andrade Barroso
Analista de Dep. Pessoal
1º 2º
Data saída **02** de **JULHO** de **2010**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Cristiane Andrade Barroso
1º 2º
Com. Dispensa CD nº

14

CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ: 07.356.833/0001 - 39

Empregador **ENGENHACRE LTDA**
Rua do Aviário, nº 845 Sala 02
CNPJ/MF CEP: 69.909-170
Rua **Rio Branco** Nº **Acra**
Município **Acra** Est. **Acra**
Esp. do estabelecimento
Cargo **Servente em Geral**
CBO nº **514225**
Data admissão **03** de **Novembro** de **2011**
Registro nº Fls./Ficha **00203**
Remuneração especificada **R\$ 561,16 (quinhentos e sessenta e uma reais e dezesseis centavos) por mês**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Cristiane Andrade Barroso
Analista de Dep. Pessoal
1º 2º
Data saída **06** de **Janeiro** de **2013**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Adalberto da Silva S. Junior
CPF: 006.937.651-43
Procurador
Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Leomart Ind. e Com. de Mat. para const. Ltda**
CNPJ/MF **04.439.685/0001-28**
Rua **Antônio P. Viana Nº 1328**
Município **Rio Branco** Est. **Ac**
Esp. do estabelecimento
Cargo **Ajudante de Obras**
CBO nº **7170-20**
Data admissão **07** de **outubro** de **2010**
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada **R\$ 540,00 (Quinhentos e quarenta reais) por mês**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Leomart Ind. e Com. do Mat.
1º 2º
Data saída **05** de **Novembro** de **2010**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Leomart Ind. e Com. do Mat.
1º 2º
Com. Dispensa CD nº

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Engenhacre Ltda**
CNPJ/MF **07.356.833/0001 - 39**
Rua **do Aviário** Nº **845**
Município **Rio Branco** Est. **Ac**
Esp. do estabelecimento
Cargo **Servente em Geral**
CBO nº
Data admissão **01** de **junho** de **2013**
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada **R\$ 780,45 (setecentos e oitenta reais e quarenta e cinco centavos)**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Andréa S. Nascimento
CPF: 006.937.651-43
Sócia - Administrativa
1º 2º
Data saída **22** de **Agosto** de **2013**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Adalberto da Silva S. Junior
CPF: 006.937.651-43
1º 2º
Com. Dispensa CD nº

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Acne Frio Ar Condicionado LTDA
 CNPJ/MF 10.889.815/0001-27
 Rua St. Alberto Tor. - Nº 1268 - Paz
 Município Rio Branco Est. Acre
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo Auxiliar em refrigeração
 CBO nº.....
 Data admissão 01 de Fevereiro de 2014
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada R\$ 781,92
(Setecentos e oitenta e um
reais e noventa e dois centavos)
* Dion Araújo de Brito
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Data saída Acne Frio Ar Condicionado de 2014
Dion Araújo de Brito
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador S. Souza Lourenço
 CNPJ/MF 02646814/0001-23
 Rua AV. OESTE Nº 400
 Município RBR Est. AC
 Esp. do estabelecimento comércio
 Cargo Pijo (vendedor)
 CBO nº.....
 Data admissão 08 de agosto de 2013
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada R\$ 1.200,00
SILVANA SOUZA PONECA
02646814/0001-23
02.646.814/0001-231
FERROVIA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º.....
AV. OESTE Nº 400 - CONJ. TUCUMÁ
 Data saída BRANCO de 2013
TEL: 3229-3975
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....

18

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....

19

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 4ª REGIONAL - 4ª DPCR
Endereço: OESTE, 542 - TUCUMA - 69917-400, Fone: 3229-2802.

OCORRÊNCIA Nº: 4878/2016 - Registrado em 17 de Agosto de 2016 às 14.04h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 25/07/2016 às 21:30hs, Segunda-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:	VETERANO R PINTO	Nº. 361	CEP:
Bairro:	MANOEL JULIAO	Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	prox a praça do julião		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

SHEVANE SOUZA DE LIMA (23), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Técnico de refrigeração, RG Nº: 1122801/SSPAC, CPF: 015.191.332-35, nascido em 06/07/1993, natural de Rio Branco - AC, PAI: NONATO RUFINO DE LIMA e MÃE: MARIA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA, Endereço: TRAVESSA ANAPOLIS, 361 - Bairro: PAZ - Rio Branco - AC, Telefone(s) (09)9919-9809.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

RELACIONAMENTOS DO BO

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZW-6878	Apurar	
Renavam: 892287560		
Chassi: 9C6KE091060019066		
Cor: VERMELHA		
Modelo/Marca: YBR 125E/YAMAHA		
Ano: 2006/2006		

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante veio informar que na data e hora acima citados sofreu um acidente de trânsito quando a senhora ANA CAROLINA PEREIRA FELTRINE CESARIO conduzindo um veículo FIAT PUNTO ATTRACTIVE PLACA OVG 9819 invadiu a preferência vindo a colidir com a moto do comunicante e o mesmo caiu ao solo tendo vários hematomas por todo corpo além de fraturar o dedo mindinho do pé esquerdo. Vem portanto pedir providências e cópia deste b.o para tomadas de medidas junto ao seguro DPVAT.



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 4ª REGIONAL - 4ª DPCR
Endereço: OESTE, 542 - TUCUMA - 69917-400, Fone: 3229-2802

OCORRÊNCIA Nº: 4878/2016 - Registrado em 17 de Agosto de 2016 às 14:04h

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia Civil

ODILON VINHADELLI NETO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

Francisco Valsomar Santos de Oliveira
FRANCISCO VALSOMAR SANTOS DE
OLIVEIRA
ATENDENTE

Shewane Souza de Lima
SHEWANE SOUZA DE LIMA
COMUNICANTE

SINISTRO 3160670821 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SHEWANE SOUZA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Vida e Previdência

S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO SHEWANE SOUZA DE LIMA

CPF/CNPJ: 01519133235

Posição em 16-11-2016 16:52:49

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

Enc: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

seg 19/03/2018 11:12

Para:scbvadvogados@outlook.com <scbvadvogados@outlook.com>;

De: Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com>

Enviado: quinta-feira, 8 de março de 2018 17:11

Para: Silvia Cristina Bernardo Vieira

Assunto: Re: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Sr. Silvia Vieira,

Informamos que todas as solicitações das Vara Cíveis, do Judiciário, estão sendo atendidas, através de agendamento conforme a disponibilidade de atendimento para casos Cíveis no IML.

Outrossim, informo que a partir do dia 15 de janeiro de 2018, estamos atendendo através de solicitação do Ministério Público do Estado do Acre - MPAC

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:31, Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com> escreveu:

Acuso recebimento.

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:08, Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com> escreveu:

Prezada Sra Luécia, conforme combinado agora há pouco por telefone estou lhe reencaminhando este -mail.

Favor confirmar o recebimento e se possível me informar algum prazo de retorno.

Desde já obrigada pela atenção.

Silvia Bernardo Vieira

De: Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

Enviado: terça-feira, 6 de fevereiro de 2018 12:07

Para: imlac2013@gmail.com

Assunto: Esclarecimentos sobre perícias para processos judiciais - DPVAT

IML – INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RIO BRANCO – ACRE

Ref.: Realização de Perícias para fins de Cobrança de Indenização DPVAT

Prezado Diretor Dr Alexandre Baroni Oliveira;

Eu, **SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA**, advogada, OAB/SC 15430, com sede do escritório na [Rua Campos Elisios, 295](#), Centro, município de Orleans, SC, venho com o devido acato solicitar informações sobre a realização de perícias para fins de cobrança de indenização do Seguro Obrigatório (DPVAT), pelas razões abaixo explicadas.

Temos sido intimados nos autos de ações judiciais, ajuizadas na Justiça Estadual Comum da Comarca de Rio Branco – Acre, para apresentar Perícia realizada pelo IML, ato contínuo, encaminhamos nossos clientes ao IML para se submeter à referida perícia.

Todavia, nossos clientes têm retornado sem a perícia, alegando que o IML não está fazendo, por consequência, o judiciário tem determinado a extinção das ações com o seu arquivamento.

Diante desta realidade, vimos, formalmente, solicitar informações, por escrito, para que possamos apresentar ao judiciário, sobre as razões pelas quais tais perícias não têm sido realizadas.

Acaso as perícias possam ser realizadas gostaríamos de saber qual o procedimento e as exigências deste órgão para a sua realização, só assim tomaremos todas as medidas cabíveis para cumprir tais exigências.

Por fim, solicitamos a confirmação do recebimento deste e-mail, bem como que a resposta seja encaminhada através do mesmo.

Atenciosamente.

Orleans, SC, 06 de fevereiro de 2018.

Silvia Bernardo Vieira

OAB/SC 015430

(48) 98845 4313



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Silviana Souza de Lima

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6/7/93

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

8 - Nº DO PROM
80238

10 - RAC/COG

11 - NOME DA MÃE

Maria das Graças Lima da Souza

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

Rua Amarelos 229 da Paz

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doente refere acidente de trânsito, com lesões e principalmente PTE, com 3,4 MTE e LX intermédias em perna direita PSE.

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

do + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS

Exame físico PTE, 3,4 MTE e LX intermédias em perna direita PSE.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARATER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

43 - APOSENTOADO

44 - INACESSADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Med. Rui Pinto

CPF: 757.571.077-55

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Sexo Definitivo....: 80238
Número do CNS.....: 898002942635845
Nome.....: SHEWANE SOUZA DE LIMA
Tipo :
Data de Nascimento: 6/07/1993 Idade: 23 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NONATO RUFINO DE LIMA
Mãe da Mãe.....: MARIA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA
Endereço.....: TV. ANAPOLIS 229
Cidade.....: DA PAZ Cep.: 69900-000
Telefone.....: 9954-4414
Município.....: 1200401 - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 237474
Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Valor.....: 999.0028
Data da Internacao: 27/07/2016
Hora da Internacao: 21:30
Data de Solicitante: 074.414.764-61 - LOEMA AMARAL FIRMINO
Data de Solicitado: 04.08.05.019-5
Diagnóstico.....: S92.3
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

Data Realizado:
Data Saída:
Localidade:
Data da saída:
Município:
Naturalidade:
Naturalidade:

SAME / NUCLEO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Macedo 14

HISTÓRICO HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

PO BE: 2371475 DATA: 25/07/2016 HORA: 22:05 USUARIO: OTERVAL
898002942635845 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: SHEWANE SOUZA DE LIMA DOC...:
IDADE: 23 ANOS NASC: 06/07/1993 SEXO: MASCULINO
DEFEITO: TV. ANAPOLIS NUMERO: 229
COMPLEMENTO: BAIRRO: DA PAZ
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
MÃE PAI/MÃE: NONATO RUFINO DE LIMA /MARIA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA
PROFISSIONAL: A MAE TEL: 9954-1411
OCCORRÊNCIA: ESTACAO EXPERIMENTAL
VEICULO: ACIDENTE DE MOTO
POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TA 140/90 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[76] SPO2[100]

RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

DEFEITO DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 25/07/2016

Trazido por SAMU relatando que há 30min. após colisão moto x carro, em uso de capacete. Nega perda de nível de consciência. Relata dor intensa em MIE e

ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

GRAU DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *apresenta deformidade*

apresenta também escoriações em dorso *em MIE.*

DIAGNOSTICO: *Fratura MIE* CID: *MSD.*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx ferma (E), Ié (E), tomozolo (E)

do ortopedia

Alta Cirurgia geral

Loanna de Amaral Firmiano
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/AC 1940

SAMU / 192
Cópia

SAIDA: / / HORA DA SAIDA:

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

PERMANECER NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATAL

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Código 173223649

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO
Município Regulador:
CENTRAL ESTADUAL - AC
Data Desejada:

CNES:
2001578
Unidade Desejada:
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO
CNES:
2001578

DADOS DO PACIENTE

CNS:
15000170135936
Nome do Paciente:
MARCELO SOUZA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
1993-09-23 (23 anos)
Nome da Mãe:
NATÁLIA DAS GRACAS LIMA DE SOUZA
Tipo Logradouro:
TRAVESSA
Número:
470
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(60) 9973-7185 • (68) 9948-4411 [\(Exibir Lista Detalhada\)](#)
Nome do Responsável:
NÃO INFORMADO

Nome Social/ Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
RIO BRANCO - AC
Logradouro:
ANAPOLIS
Bairro:
BASE
Município de Residência:
RIO BRANCO
Complemento:

CEP:

UF:
AC
Telefone do Responsável:
NÃO INFORMADO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPIR do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:
THAYSE BRAGHIN
Status da Solicitação:
PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO - S923
Classificação de Risco:
ALTO RISCO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Contexto:
EMERGENCIA
Clínica:
HÓSPED - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE
0408050195

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408050195

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO DOR E SANGRAMENTO PE ESQUERDO
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO
EXAME DE IMAGEM
Condições que Justificam a Internação:
AS ACIMA CITADAS
000001475
Natureza da lesão:

PARECER

Solicitação:
SOLICITANTE
Motivo de Impedimento do Regulador:

Operador Solicitante:
SOL.HUERB-AMANDA

SANTE / HUENES
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

26/07/2016 10:46

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/07/2018 às 07:00, sob o número 07075220620188010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0707522-06.2018.8.01.0001 e código 1DBCF19.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Unidade:

OME: Mhe Wane Sexo: de Idade: 23 REGISTRO: 23 ENFERMARIA: 23 LEITO: Mac 44

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
28/05/16	Atx exposto 5º PDE + rx 3º e 4º ATT (E).	Acto L.ve 3999/50me (E) B10h 900 3 Colabidina 4g (E) 6/6/6h 3 Garamicina 400mg 1x/dia 3 Dapirona 1500 6/6/6h 3 Linoluto 1x/dia	1405622 1405622 1405622 1405622	0343 ferocada, em vacuolado pl de vacuolado de 1 e 4 predn cas vacuolado FV. vac. Linoluto expedido 50 predn Angela M. Costa Oliveira Enfermeira CORENAC-38.999
	Sob observação			02:00 Pct. du em hab. no laboratório neg. ccB, BCC dele de cc, com necrose, infarcto, Pontecito o ceno Vermes de ceno de BCC, BCC, BCC de BCC, BCC, BCC de BCC, BCC, BCC de BCC, BCC, BCC
	Da observação.	Dr. Frayse Broghin PRM Ortopedia Traumatologia CRM/AC 1075		

PACIENTE: SHEWANE SOUZA DE LIMA IDADE: 23 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 1114 1114

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
EXPOSTA DO QUINTO PDE DO TERCEIRO E QUARTO MTT ESQ	1. DIETA LIVRE <u>200</u> 2. SFO 9% 500 ML - EV - 8/8H <u>22:00</u> 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H S/N <u>22:00</u> 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H S/N <u>22:00</u> 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H S/N <u>22:00</u> 6. OMEPRAZOL 20MG - VO - 1 X DIA <u>22:00</u> 7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS >= 160 E/OU PAD >= 100 MMHG <u>22:00</u> 8. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H <u>22:00</u> 9. CEFALOTINA 1G - EV - 6/6H <u>22:00</u> 10. GENTAMICINA 240 MG + SF 0.9% 250ML - EV 1X/DIA <u>22:00</u> 11. CURATIVO DIARIO <u>22:00</u>		<u>22-07-18</u> <u>22:00</u> Paciente segue de emergência, com dor intensa, recebeu medicação G.I.P.M. <u>22-07-18</u> <u>22:00</u> Paciente segue de emergência, com dor intensa, recebeu medicação G.I.P.M.

[Handwritten signature]

Rui Carlos dos Santos
CRM/AC 1956

SAÍDA / AUSENTO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
EXPOSTA DO QUINTO PDE DO TERCEIRO E QUARTO MTT ESQ 77 PACIENTE LOTE, REFERE DOR BAIXA INTENSIDADE EM PE ESQ	1. DIETA LIVRE 2. SF0.9% 500 ML - EV - 8/6H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H S/N 4. DIIPIRONA 1G - EV - 6/6H S/N 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H S/N 6. OMEPRAZOL 20MG - VO - 1 X DIA 7. CAPTOPRIL 50 MG - VO - SE PAS >= 160 E/OU PAD >= 100 MMHG 10. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 11. CEFALOTINA 1G - EV - 6/6H 12. GENTAMICINA 240 MG + SF 0.9% 250ML - EV - 1X/DIA 14. CURATIVO DIARIO		BOA EVOLUÇÃO. N dores do membro torso direito feitos curativos no manguito do pe, sendo 500. te. 14/07. 1400 Evoluções no manguito deixando o polete deixando o polete paciente. 14/07. 1200h de 14/07.

Rui Rambo dos Santos
PRM do Acre e Traumatologia
CRMAC 1956

ALTA
HOSPITALAR

SACRE / HUEB3
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA: 07:00 SALA: 01 DATA: 25-07-18
NOME DO PACIENTE: Sheila Souza de Lima IDADE: 55
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTRAS ()
INÍCIO DA ANESTESIA: 07:30 TÉRMINO DA ANESTESIA:
PROCEDIMENTO REALIZADO: C-4 Pedicelo unilobulado para fecho
INÍCIO DA CIRURGIA: 00:40 TÉRMINO DA CIRURGIA: 01:00
CIRURGIÃO: Colunel Auxiliar(ES): Thais
ANESTESISTA: Simone Bruno INSTRUMENTADOR: Bruno
CIRCULANTE: Priscila ENF: Juciane

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DÊSC. Nº 27x8-11	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA SI/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA CI/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27-1	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL 27-1	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 200
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON 20cm III	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLÓSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETA LAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS 1	LÂMINAS DE BISTURI 24-1
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
METOPROLOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PAÑO P/ PACOTE(ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA 20	POVIDINE DEGERMANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS 12	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO 11	PRO PÉ 2
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO 11	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000	ESPARADRAPO 1	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPORON III	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO III	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA 1	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6% 100ml	FITA CARDIACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER 1,5-11	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 2,0-11	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

Nome do Paciente: Malwane Souza de Lima

Idade: 23 Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: luxação exposta interfalangeana proximal 3.º D
+ FX 3.º e 4.º MTT pe (E)

Cirurgia proposta: Redução aberta + FFK + limpeza cirúrgica

Diagnóstico definitivo: o mesmo

Cirurgia realizada: a mesma

Data: 26/07/16

Cirurgião <u>Dr. Bragança</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Thays</u>
2º Auxiliar	Instrumentadora
Anestesista	Anestesia

Acidentes durante o ato cirúrgico () Sim () Não

Descrição: _____

Biópsia de congelação () Sim () Não

Diagnóstico patológico: _____

Contaminamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico
() Enfermaria () CT () Residência () Óbito

DESCRÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente BDM, sob anestesia
gerencial + antisepsia + colocação de campos esterais
limpeza CI SFO, 91, e lavagem
aberta + fixação com 1 FK 1,0mm e 1 FK 1,5mm
3.º dedo pe (E) + limpeza CI SFO, 91 + curativo esteral
banda adesiva OK
alta guiada

Dr. Thays Braghin
PRM Ortopedia Traumatologia



26/08/16

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: SHEMONE SOUZA DE LIMA				Idade: 26		Sexo: M		Cor:		Registro / BE	
Anest. proc:		☐ PSA	☐ PSI	☐ CCA	☐ CCB	☐ CMA	☐ CMB	☐ CC	☐ UTI		
Vital	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo	Fator Rh			
Alt	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP			

Diagnóstico Pré-Operatório: **PL ESCOVA DE R. ESCOVANDO**

Respir	☐ Asma	☐ Bronquite	MV:	Complacência:							
CV	ECG:				Alegrias:						

Digestivo/Dentes	JEJUM	Pescoço	Peças Dent.	
------------------	--------------	---------	-------------	--

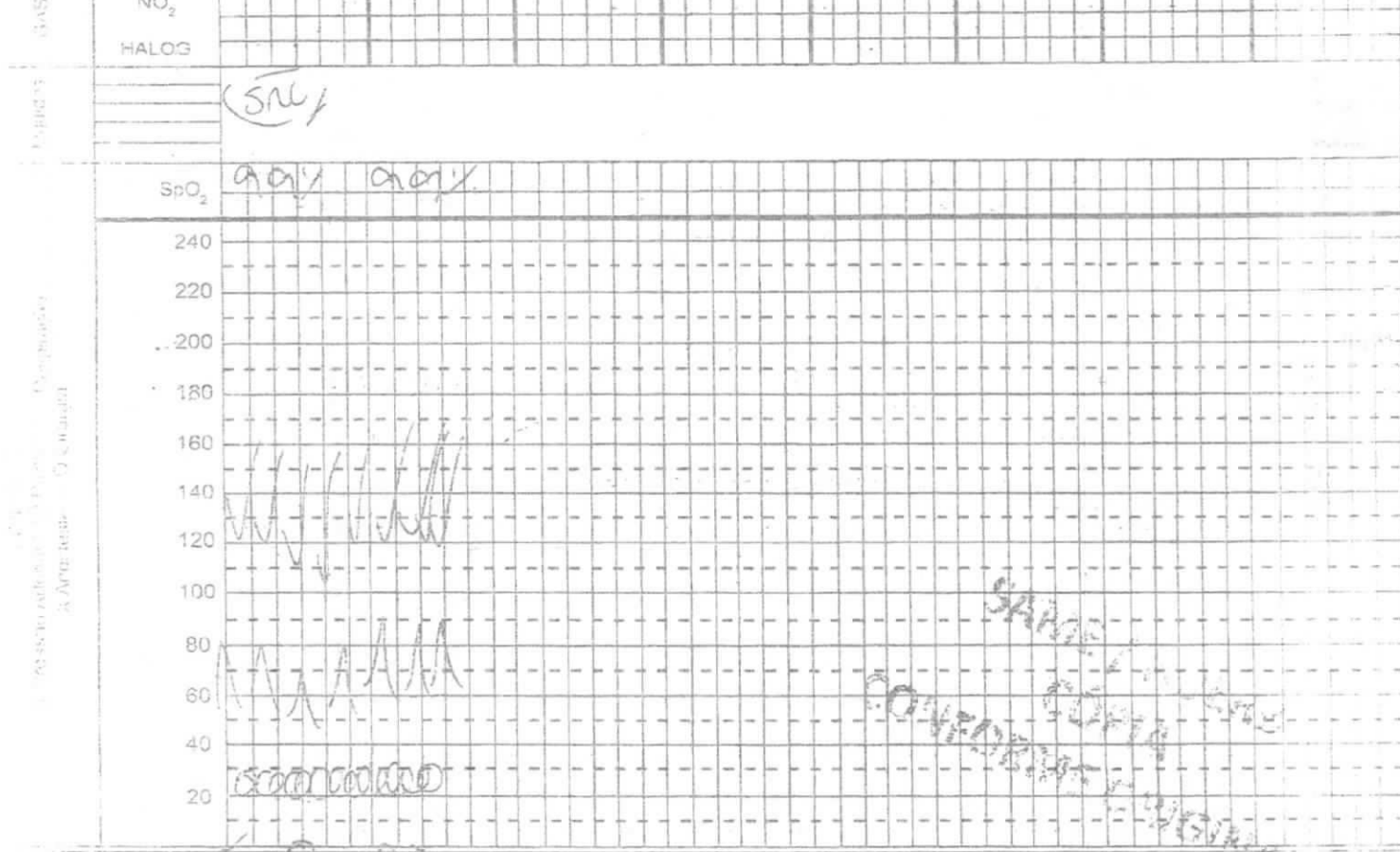
Urinário:	Drogas em Uso:		
-----------	----------------	--	--

Estado Mental:	LETE	ASA:	☒ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Risco
----------------	-------------	------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------

Anestésias Anteriores:	Hora:		Efeito:	
------------------------	-------	--	---------	--

Medicação Pré-anestésica:			
---------------------------	--	--	--

ICRA	00:30	01:15		
------	--------------	--------------	--	--



DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:	Monitorização
PL ESCOVA DE R. ESCOVANDO		PL ESCOVA DE R. ESCOVANDO	PL ESCOVA DE R. ESCOVANDO
		Cirurgia:	Ap. Resp.:
		PL ESCOVA DE R. ESCOVANDO	
		Cirurgião/Auxiliar:	Ap. CV:
		OBS:	
		BRUNO FROTA	
		PRM - Anestesiologia	
		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	

QUESITOS DO (A) AUTOR (A)

- 1) O (A) autor restou com sequelas do acidente de trânsito sofrido? Quais? Especifique a parte do corpo afetada.
- 2) As sequelas sofridas acarretam incapacidade e/ou debilidade para o (a) autor (a)? Quais?
- 3) Qual o grau de incapacidade e/ou debilidade?
- 4) Em razão das sequelas, o (a) autor poderá ser prejudicado quando for submetido à exame adicional na busca por emprego?
- 5) O(a) autor(a) poderá disputar vaga de emprego, em pé de igualdade, com outros candidatos saudáveis?
- 6) Em razão da sequela o(a) autor(a) possui limitações ou dificuldades de exercer atividades habituais e/ou laborais de forma como fazia antes do acidente?

ANEXO**(art. 3º da Lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974)**

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10